

# 精神疾患による長期休業からの職場復帰のための心理的支援に関する文献研究

著者	小坂 守孝
雑誌名	人間福祉研究
巻	10
ページ	51-65
発行年	2007
URL	<a href="http://id.nii.ac.jp/1136/00000346/">http://id.nii.ac.jp/1136/00000346/</a>

## 精神疾患による長期休業からの職場復帰のための 心理的支援に関する文献研究

小坂 守 孝\*

### 1. はじめに

近年、職場のメンタルヘルスの問題の中でも精神疾患を有する労働者の職場復帰の問題が大きくなっている。長期休業の事例が増加しているだけでなく、バブル経済崩壊以降企業の経営環境が好転しない中で広範囲にリストラが行われ、職場環境がより厳しいものになっているため、職場側の受け皿に余裕がなく容易に復職できない状況になっている（島・佐藤，2004）。

職場復帰が困難になることによって労働者本人は様々な不安にさいなまれる。主なものとして、第一に経済的不安が考えられる。収入が減ってしまうことに不安を抱く労働者は少なくないであろう。休職者の中には収入の減少による経済的理由などで十分な回復の前に職場復帰を希望することがある（畑中，2005）。収入面については企業体によっては独自の規定を設ける所もあるほか、健康保険からの給付などの補填がある場合もあるが、その事について説明されていないと労働者は経済的な不安をぬぐえない（森田，2004）。

第二に考えられるのは社会的・心理的不安である。労働者は休業にいたることで社員としての立場を失うのではないかという不安

や、働くことについての自信喪失を体験する（中央労働災害防止協会，2005）。休業に至ることは多くの労働者にとって心に傷にもなりうる挫折体験であり、それまでに成功体験の積み重ねが崩壊することで自分に対する自信も大きく揺らぐと考えられる（島・佐藤，2004）。

また、休業の長期化による家族関係への影響も懸念される。家族は、疾病休業中は収入が減り、退職への不安を抱いていることが多く、時には本人に対して攻撃的になる場合もある（島・佐藤，2004）。これには休業の要因となる精神疾患そのものの影響も考えられる。家族や肉親がうつ病という病名を告げられることは受け入れがたいものであり、否認や怒りの気持ちが配偶者から本人に向けられるほか、時に肉親や兄弟から配偶者に怒りが向けられるなど、家族間の対立につながるためにうつ病の症状を悪化させることもある（うつ・気分障害協会，2004）。

職場にとってもこのような長期休業者の増加は、経験を蓄積している大切な人的資源の損失につながるものである。また安全衛生面としては自殺につながる恐れもあり、職場のリスクマネジメントとしても早急に解決されるべき問題である。厚生労働省より2000年

---

\*浅井学園大学人間福祉学部福祉心理学科

8月に策定された指針を前身として2006年3月に策定された「労働者の心の健康の保持増進のための指針」では心の健康づくりに際して「セルフケア（労働者が自ら行うストレスへの気づきと対処）」「ラインによるケア（管理監督者が行う職場環境等の改善と相談への対応）」「事業場内産業保健スタッフ等によるケア（産業医等による専門的ケア）」「事業場外資源によるケア（事業場外の専門機関によるケア）」という4つのメンタルヘルスカの視点から具体的な活動を行うことを推奨している。この指針は、それまでメンタルヘルス対策について十分な情報を持っていなかった各事業場に対してガイドラインを示したという点では大きな意味があるものの、指針という性格上、事業場に対する強制力には乏しいと思われる。また、種々のメンタルヘルスサービスの導入や産業保健スタッフの配置には相応の予算が必要であり、必ずしも全ての労働者がEAP（Employee Assistance Program：従業員支援プログラム）や産業保健スタッフの支援を受けられるとは限らない。

厚生労働省によって5年に一度実施される「労働者健康状況調査」の2002年度調査結果によると、メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業所は23.5%となっている。特に具体的な対策の内容としては「相談（カウンセリング）の実施」（55.2%）、「職場環境の改善」（42.3%）、「労働時間等の改善」（30.3%）、「定期健康診断における問診」（43.6%）、「労働者に対する教育研修、情報提供」（35.7%）、「労働者と日常的に接する管理監督者に対する教育研修、情報提供」（28.9%）などが取り上げられている。また、社会経済

生産性本部（2006）によるとメンタルヘルスに関する対策に力を入れている企業は59.2%との調査結果であった。

とはいうものの、上記で「実施されている」と回答された諸対策の実施頻度については不明である。中には年に1回程度、管理職の一部を集めた教育研修をもってメンタルヘルス対策としている事業場もあると思われる。教育研修を受けていない管理職の下で働く労働者は仕事上でより高いストレスにさらされる可能性は大きい。メンタルヘルス対策の適切な評価を行うには単一事業場における実施回数よりも対象者全体への浸透度の算出が必要である。現時点では事業場内での対策はいまだ発展途上と思われる。

事業場内におけるメンタルヘルス対策・職場復帰支援策が更に推進されるよう今後も様々な対策を講じる必要があることは言うまでもないが、このような状況の中では、病院や精神保健福祉センター、その他の相談機関など事業場外資源の担う役割がこれまで以上に大きくなることが予想される。前述の厚生労働省による指針では職場復帰支援も重要な取り組みの一つとして取り上げられ、職場内の管理監督者・事業場内の産業保健スタッフ・事業場外資源の連携の重要性が強調されている（廣，2005）。2004年には厚生労働省から「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」が発表されたが、その内容は事業場内スタッフ向けに限定されている。そして事業場外資源の例としては地域産業保健センター・労災病院勤労者メンタルヘルスセンター等の名称が挙げられているだけでそれらの詳細な役割については触れられていない。

本稿では、近年複数の事業場外資源により実施され始めている職場復帰支援の取り組みについて、職業リハビリテーション・心理療法的な取り組みを中心としたプログラムやキャリアカウンセリングを取り上げ、現状における課題を整理した上で、長期休業下にある労働者に有益な心理的支援を行うための方略について検討を行うこととする。

## 2. 職業リハビリテーションを中心としたプログラム

精神疾患で長期に休業した労働者が職場復帰する際に、病状の回復（あるいは緩解）がそのまま職場復帰可能な状態を意味するわけではない。病状の回復と業務遂行能力の回復は必ずしも相関せず（島・佐藤，2004），自宅療養と職場復帰の間には大きな溝がある（小山・田島・秋山，2005）ことが既に知られている。精神疾患の回復を目的とした精神科的治療やカウンセリングだけでは職場復帰後の精神疾患の再発を予防できない（秋山・岡崎・大塚・沼・酒井・松本・小山・田島・音羽，2004）というケースが増えてきた。

このような状況の中、事業場外の幾つかの施設では職業リハビリテーション的な要素を中心とした職場復帰支援の実践が行われ始めた。2006年12月現在文献として確認できたのは、①総合病院精神神経科における会社員対象の外来作業療法として実施する職場復帰援助プログラム（秋山他，2004；小山他，2005；岡崎・秋山・田島，2006；音羽・秋山，2004），②精神科クリニック内での精神科デイケアによるリハビリテーションプログラム（五十嵐，2006），③総合病院心療内科における教職員の休職者を対象とした職場復

帰トレーニング」（井上・鈴木・大久保，2005），④精神保健福祉センターにおける教員を対象とした集団リハビリテーション（小泉，2004），⑤精神科専門病院におけるストレスケア病棟における取り組み（三根，2004），⑥総合病院精神神経科における教職員の休職者を対象とした職場復帰訓練（溝口・中島・森・真金，2002，2003，2004；溝口・中島・福山・真金，2006；中島，2004），⑦精神科クリニック内での集団療法の試み（佐藤，2004），⑧精神保健福祉センターによる復職支援デイケア（菅原・大滝・坂井・野津，2006），⑨独立行政法人の職業リハビリテーション施設による職場復帰支援プログラム（高瀬，2004，2005；東京障害者職業センター，2006），⑩NPO法人による復職支援プログラム（うつ・気分障害協会，2004；山口，2004，2006），であった。各実践における、組織形態、開始時期、対象疾病、参加条件、スタッフ、プログラム実施の単位時間、実施期間、プログラム内容（職業リハビリテーション関連、心理療法関連、その他）、段階等の設定、効果について表1に示した。以下、各項目について概説する。

### (1) 組織の形態

半数強が医療機関であり、外来作業療法ないしデイケアという形態によって実施されている。長時間のリハビリテーションプログラムを現状の保健診療内でカバーするには精神科デイケアとしての基準を取る以外にない（五十嵐，2006）という医療機関に関わる制度の問題によるものであり、利用者にとっても保険適用になることで経済的負担が軽減されうるといいうメリットもある。プログラム参加にかかるコストは利用者にとって継続利用

表1. 主な長期休業者支援実践例の特徴

実践例	組織形態	開始時期	対象 疾病	参加条件	スタッフ	単位時間	期間	職業リハビリテーション等	その他	段階等の設定	効果
秋山他 (2004) など	総合病院	1997年 11月	不特定	医師の診察、 作業療法士と の面接	作業療法士 臨床心理士 精神科医	1回2時間、 週2～4回 (段階的に設 定)	限定せず	テキスト課題・ パソコン課題 グループ	軽スポーツ (卓球)	テキスト課題～パソコン作 業～軽スポーツ～グループ と、状態をみながら参加日 数増加	73名中45名が復職、復 職後の就労継続は平均 3.6年 (秋山他, 2004)
五十嵐 (2006)	精神科ク リニック	2005年 1月	うつ病	当該医療機関 への主治医変 更	精神科医等	1回6時間、 週5回	限定せず	オフィスワー ーク、パソコン・ デスクワーク、 朝夕のミーティ ング	ヨガ、ストレッチ、 卓球、ウォーキ ング	病状回復期、リワークカ レッジ前期、後期、復職準 備期間、復職後のフォロー の段階を設定	平成17年1～9月で約 80名が卒業後復職
井上他 (2005)	総合病院	2003年	不特定	本人、職場管 理職、プログラ ム担当ス タッフの三者 面談(教員の み)	臨床心理士	1回6時間、 週2回	3ヶ月	模擬授業	親睦ゲーム、リ ラクゼーション・ ストレッチ、陶 芸、院内ボラン ティア	午前に模擬授業、午後にレ クリエーションを実施。	83名参加、74%が職場 復帰
小泉 (2004)	公的機関 (精神保 健福祉セ ンター)	2003年 前後	不特定	県教委保健厚 生課で可否に ついて事前面 談実施	精神科医 保健師 教育専門家	1回あたり2 時間半(午後 のみ)～4時 間(午前・午 後)、週1回	全8回	模擬授業、ミ ーティング、スト レスに対する理 解	運動、レクリ エーション、リ ラクゼーション	初期に集団リハビリテー ション、後半に模擬授業	10数名が復職(小泉, 2004)
三根 (2004)	専門病院	1998年	うつ病、 ストレス 関連疾患	治療契約書へ の署名	精神科医等	記載なし	入院中	作業療法	瞑想、気功	文献記載なし	復職事例紹介のみ
溝口他 (2004) など	総合病院	1997年	不特定	スタッフとの 面談、教育委 員会との合議 (教員のみ)	精神科医 臨床心理士 救職経験者	1回6時間、 週3回	約3ヶ月 (全31回)	模擬授業	スポーツ(社交 ダンス・太極拳・ 卓球)、ゲーム、 ビデオ鑑賞	午前・午後でストレスレベ ルの高低をつける。集団精 神療法は他者の前で発言す る練習から開始～中期に教 育や学校関連の話題～後半 以降は個人的・現実的な テーマへ移行。	145名中53.1%が復帰 (溝口他, 2006)

表 1 (続き)

実践例	組織形態	開始時期	対象疾病	参加条件	スタッフ	単位時間	期間	職業リハビリテーション等	心理療法等	その他	段階等の設定	効果
佐藤 (2004)	精神科クリニック	2003年6月～12月	うつ病	主治医の許可、本人の同意(復職・再就職者が混在)	精神科医 精神保健福祉士 臨床心理士	1回あたり90分 週1回	全10回 (夜)または14回 (昼)	英会話、レクチャー(うつ病について)、等	グループ箱庭、自律訓練法、SST、サイコドラマ、等	ストレスチェック、メンタルケア、等	導入期(1～4回:自己開示)、中期(5～11回:仕事を直接扱うテーマ)、終了期(12～14回:職業生活の振り返り)	2003年6月～12月参加6名中2名再就職、1名復職
菅原他 (2006)	公的機関(精神保健福祉センター)	2005年5月	うつ病	在職中であること	精神科医等	午前・午後、週4回	限定せず	オフィスワーク(パソコン)	グループミーティング、キャリアアップセミナー(心理教育、ストレスマネジメント)	スポーツ・リラクゼーション、レクリエーション(Enjoy My Life)、SST、再燃予防教育プログラム)	通所安定期、復職準備前期・後期、通勤訓練期、復職安定期(午前中に職能回復プログラム中心、午後に再燃予防教育プログラム)	開始4ヶ月で16名中復職1名、リハビリ出勤1名。
高瀬 (2004) など	独立行政法人	2002年	うつ病など	対象者、対象事業所双方が職場復帰を希望していること	職業カウンセラー	1回あたり5時間(延長事例もあり)	2～6ヶ月程度	作業課題(資格取得の学習、職務内容を踏まえたスキル学習、ブレゼン資料作成、園芸作業、新聞の要約等個別に設定)、体調と気分の自己管理指導	アサーショントレーニング、グループミーティング、コーピング指導	体育指導	導入期(数週間)、調整期(5～10週間)、適応期(5～10週間)、適応期(5～10週間)。週2日より段階的に来所頻度を増やし、週5日の生活リズムを形成。	2年間で19名中18名が職場復帰(高瀬、2005)
山口 (2004) など	NPO法人	2002年4月	単極性うつ病を中心とした気分障害	在職中であったり、精神上の努力、精神状態、体力、本人の意欲、家族の同意、主治医の許可	保健師 精神科医 臨床心理士等	1回あたり2時間、週1回	全10回 (複数回受講可能)	講義(服薬・症状自己管理、睡眠・活動のセルフチェック)、職場復帰の心得、キャリアアップセミナー、社会資源の利用法、認知療法)	職場でのSST、個別相談(面接、電話・メール相談)	リラクゼーション、アロマテラピー、マッサージ	体験プログラム後に導入可否決定。	単極性うつ病で現職復帰19名(90.5%)、配転等復帰2名(9.5%)。単極性うつ病以外で現職復帰7名(36.8%)、配転等復帰2名(10.5%)。(山口、2006)

の可否に重質な影響を与えるものと思われる。実際に、休職中の労働者の中には精神保健福祉法の第32条で定められている通院医療費公費負担制度を利用して通院を続けている者もいる。

## (2) 開始時期

プログラム開始時期は、半数以上が2000年以降であった。1990年代後半にプログラムが開始された当時は世界的にもほとんど例がないものであった(秋山他, 2004)。2つのプログラム(井上他, 2005; 五十嵐, 2006)が開始にあたり他機関の実施状況を参考に行っている。

## (3) 対象

医療機関の多くでは特定されていなかったが、幾つかの機関では疾病を「うつ病」のみとする所が見られた。また、3つのプログラムが教員のみを対象としていた。対象を絞り同質のメンバーによりプログラムを運営することは、参加者にとっては共通の悩みを抱えた人との関わりによって孤独感が解消されるだけでなく、成功体験も共有しやすいと思われる。スタッフとしてはプログラムも組み立てやすく、支援方法についてもある程度各メンバーに共通の方法を取ることができる。反面、参加対象者が限られるために支援の対象外となる者が出てくることになる。大都市で複数の支援プログラムが存在する所であればこのような形のものもあっても差し支えないが、支援プログラムが少ない所ではサービス低下を招く恐れもある。

## (4) 参加条件

プログラムへの参加条件については、精神科治療も含めて対応している所では利用者の治療協力を確認するものであった(五十

嵐, 2006; 三根, 2004)。また、医療機関の中でも職業リハビリテーション的な特色の強い所では、スタッフによる事前の面接により、プログラム参加に耐えうるほどに病状が回復しているかどうかなどのチェックが行われている(秋山他, 2004; 溝口他, 2003; 井上他, 2005)。これ以外では、参加者を在職者に限っている所もあった(菅原他, 2006; 山口, 2006)。特に、医師が常駐しておらず、週に1回公的な施設を借りてプログラムを実施している所では対象疾患の限定・主治医の許可・家族の同意・大卒以上の学力など条件が多くなっている(山口, 2006)。更に、対象事業所への意思確認を行う所も見られた(高瀬, 2004)。教員対象のプログラムについては依頼を受けた事業ということもあり、事業場側の協力も得られやすく、事前の面談に職場管理職も参加しているが、その他の機関において事業場側の協力を条件にした場合、事業場の了承が得られない場合には職場復帰支援そのものを受けるチャンスが失われる恐れがある。

## (5) スタッフ構成

殆どの組織ではスタッフに精神科医・臨床心理士が含まれている。教員を対象とする機関では教職経験者を加えるなど、復帰支援の対象となる職種に即した配置が工夫されていた。精神疾患からの回復は一直線に進むものではなく、好調・不調の波を繰り返しながら回復に向かう(秋山他, 2004; うつ・気分障害協会, 2004)ため、プログラム参加中に症状が一時的に悪化することも考えられる。このような治りかけの小波(うつ・気分障害協会, 2004)への対応を考えた場合、精神科医が常駐しているか、スタッフに加わっていな

い場合でも常に連携がとれる形になっていることが望ましいであろう。

#### (6) 単位時間

1回ならびに週あたりのプログラム所要時間については、短い所では週1回（2時間）から、長い所では週5回で午前午後まるまる滞在する形になっているものまで様々であった。短い時間からの参加が可能であれば、負担が少ない形でのプログラム開始が可能である。逆に、1週間のうち比較的長い時間の滞在が可能なプログラムは長期休業者にとって居場所を提供するものであり孤独感の解消にプラスに働くものと思われる。

また、通常の勤務開始時間での出勤に慣れさせるためにプログラム開始時間を午前9時半あるいは10時などの早めの時間に設定している所がほとんどであった。

#### (7) 参加期間

いわばプログラム参加の期限である。3つの機関を除いてプログラム終了までの回数や期間が設定されていた。終了後再参加が可能なものもあるが、希望者が多い所では「一生涯に1回限り」（井上他，2005）となっている。期間が限定されていない所ではメンバーが復職などで卒業をしない限り新しいメンバーが加入できないため、エントリー待ちとなる場合もある。また、期間の延長ができない所ではプログラム終了後のフォローについて、利用者の主治医へのフィードバックを実施する（溝口，2004）などの工夫をしている所もあるが、プログラム期間の終了にあたって不安を抱く参加者もいるであろう。

#### (8) プログラム内容

プログラムが目指すものとして、秋山他（2004）は「生活リズムの改善」「作業能力

の向上」「参加者同士の心理的支え合い」「対人交流の円滑化」を、溝口他（2003）は「生活リズムの改善」「心身の活動性の向上」「自己洞察の深化」「対人交流技術の向上」を取り上げている。そして山口（2006）も「生活リズム安定」「体調等の自己管理」「対人スキル回復と向上」「グループミーティング」等を取り上げており、各プログラムともある程度共通点を見出すことが出来る。

職業リハビリテーション等のプログラムについては、職場において必要とされる能力に直結するような模擬授業・パソコン作業から講座の受講を含め、全ての機関において作業負担課題が設定されている。また、毎日の生活リズムについては少なくとも2つのプログラムが自己管理の方法として表に記入することでモニタリングすることを推奨している（うつ・気分障害協会，2004；東京障害者職業センター，2006）。また、プログラム内の作業活動中の振り返りや自分の状態を振り返る気分と疲労のチェックリストを用いて適切な自己認識を持てるよう援助している所もある（岡崎他，2006）。従来のようなカウンセリングを中心とした心理的支援だけでは職場復帰に向けてのフォローが困難であり、作業負担を経験しながら自己の疲労度や不安感などへの対処方法を学んで行く作業療法的なアプローチを取り入れてゆくことが必要と思われる。

心理療法関連のプログラムとしては集団精神療法やうつ病に関する心理教育が中心となっている。集団精神療法については、主に復職のプロセスに関する情報の共有や復職に向けた様々な悩みの表出を目的とした小集団療法（小山他，2005；岡崎他，2006）、教育・



学校に関連した話題から個人的・現実的なテーマについて参加者自身の体験や考えを話し合う（溝口他，2003；中島，2004）という比較的オーソドックスなものに加え，特に対人交流上の問題に焦点を当てるために集団認知療法を導入する所もある（秋山他，2004）。その目的は，セルフカウンセリングにも役立つ認知療法の基礎を学ぶこと，対人ストレスのより良い対処法を身につけると，職場復帰に向けた準備性を高めて再発を予防することである（岡崎他，2006）。同じような状況にある人たちとのグループが一種のピアカウンセリングの役割を果たし，グループの場での安心感，認知の多様化による問題への向き合い方への柔軟化などの効果があり，グループによる認知行動療法は頭では理解できても腑に落ちない，行動に移せないという個々人の閉塞感を打ち破る手段としても有効（辻，2006）との主張もある。効果としては抑うつ症状の低下・自分の認知スタイル特徴の気づき（田島・音羽・沼・松本・小山・酒井・小坂・上倉・中村・秋山，2005）などが指摘されている。

心理的支援の方向性として，集団精神療法や集団認知療法には孤独感・不安感の解消や自己洞察を促進させる働きがあるが，種々の心理教育はスキルや知識の取得による復職後の不安・焦り等の解消や症状の再発予防をめざしたアプローチと位置づけることができよう。

その他のプログラムとしてはスポーツなど運動機能の回復を促すものの他に，ゲームなどレクリエーションの要素が濃いものも採用されているが，これらは対人交流の促進を目指すものと位置づけることもできる。

#### (9) 段階等の設定

多くの機関が独自に段階を設定している。単に参加日数を増やすだけでなく，内容的にも負荷が徐々にかかるように設定されているものが多い。参加度に段階を設けていない機関でも，午前中に負荷の高いもの，そして午後に負荷の低いプログラムを用意し，緩急をつけて終始負荷が続かないよう配慮している（溝口他，2004；井上他，2005）。

#### (10) 効果

プログラムの効果については，参加者中の復職率を示しているところが幾つか見られ，その割合としては5割～9割とプログラムによって幅が見られた。また，一つのプログラムが復職後の就労継続年数を示していた。当初はプログラム参加経過でのCMIの自覚症状得点やMAS不安得点の変化を示しているものも見られたが（溝口他，2003），長期休業者が休職という状態を脱して職場での勤務継続ができることを最終目標とするのであれば，効果の有無は勤務継続によって議論されるべきであり，その前段階として復職の可否が問題となるであろう。ただ，精神疾患の初発時期や復帰希望先の事業場が定める長期休業の制度との関係もあるため，勤務継続や復帰の確率が高くなるのが理想であるものの，それによってプログラム単独の効果を判断するのは現時点では困難と思われる。

### 3. キャリアカウンセリング

キャリアに関する問題を抱えた個人を対象とするカウンセリングをキャリアカウンセリングと呼ぶ（大庭，2004）。キャリアの問題の中に人生の核心に触れるようなテーマが内在している場合にはカウンセラーにはかなり

の専門的訓練が必要であるため、キャリアカウンセリングはアドバイスや情報提供と同義語ではない（渡辺，2005）。労働者に対する旧来からの心理的支援はこのキャリアカウンセリングの活動に代表されると思われる。

長期休業者へのキャリアカウンセリングに際しては、休職という転機（トランジション）が本人にとってどのような意味を持つのか、どのプロセスに本人がいるのかを見極める必要がある（大庭，2004）。休職のプロセスとしては、「何かが終わる」局面（これまでの関係や役割から離脱したり、慣れ親しんだアイデンティティや方向感覚が喪失する段階）、「ニュートラルゾーン」（一時的な喪失状態に耐える段階）、「何かが始まる」局面（新しく生まれ変わって船出できる段階）という転機の三段階（Bridges, 1980）があるとされ、当初は休むことを受け入れられないところから、休むことを受け入れて人生物語を再構成し、仕事に戻る準備に入るというプロセスを想定している。しかし、実際には休職には期限が伴うものであり、全てのケースではないが休職満了期間までに職場に戻れないかも知れないという可能性が出てくるにつれ、労働者は今度は現在の仕事そのものの喪失という危機に遭遇すると考えられる。喪失を伴う心理的変化を説明するプロセスとしては、本来は末期癌などの死期が迫った患者が死を受容していくプロセスを記述した臨死5段階モデル（Kübler-Ross, 1969）において提示されている「否認」「怒り」「取引」「抑うつ」「受容」の段階が有用と考えられる。特に、このプロセスは長期休業に入る前後における精神疾患への罹患・休業自体の受容の段階だけでなく、場合によっては長期

休業の経過の中で現実に関わりうる現職への復職不可能性の受容において再度このプロセスを体験するのである。キャリアカウンセリングとしては当然このプロセスにおける心理的支援も想定する必要があると思われる。

キャリアカウンセリングの際の留意点として、アセスメントと導入に際しては病状の把握、サポート状況の把握と支援の優先順位の決定、全体的な機能の評定、目的と目標の確認が必要であり、カウンセリングの全てのプロセスにおいて、病状の側面や精神科治療に関する問題については主治医の判断を確認することが必要である（佐藤，2006）。また、休職者におけるキャリアカウンセリングとしては、心身の状態をモニタリングしながら進めること、治療的カウンセリングとキャリアカウンセリングとの統合、休職期間を考慮に入れた目標設定や心理的援助のためのストラテジーが必要である（大庭，2004）。

職場復帰支援においては単なる勤務開始だけでなく、復職後のフォローという点で勤務継続の支援も考慮する必要がある。渡辺（2005）は、職場復帰過程におけるキャリアカウンセリングを行う機会として、休職から職場復帰への過程、勤務の継続過程、適応・発達支援、という3つの段階を示している。

このように、職場復帰支援におけるキャリアカウンセリングは、職業リハビリテーションなどのプログラムへの参加を支える活動でもあり、心理的支援として不可欠なものである。労働者が職場復帰のために行う様々な取り組みをつなぐ役割を求められるものであり、長期休業状態から職場への再適応も含めた全プロセスに関わらざるを得ないのである。従って精神医学的知識や、休職制度・給

与制度に関する情報の確認も必要となってくる。

#### 4. 考慮すべきポイント

以上で述べたように、事業外資源として長期休業者が職場復帰できるための心理的支援としては、単に労働者の病状回復と心の整理だけでは不十分であり、生活リズムや活動性の回復などを目指した職業リハビリテーションプログラム参加の中で繰り返すと思われる症状の波を体験する中で生じうる不安や焦りなどに対する随時の心理的支援に加え、対人関係の回復を目指したアプローチも必要とされる。また、職場復帰としては現職への復帰のみならず、場合によっては新しい職場への復帰も想定しなくてはならないであろう。今後このような活動が行われるにあたり、考慮すべき幾つかの点を以下に示す。

##### (1) 参加条件とプログラムの構成

精神疾患の内容や初発からの経過によって病状の回復のペースも異なるとされる。参加条件を厳しくすることにより効果が上がる可能性もあるが、条件をしぼることと全ての人を切り捨てないことをいかにして矛盾なく進めてゆけるかを考えてゆかねばならない。大都市圏では複数の機関がこのようなプログラムを実施しており、条件に応じたプログラムを選ぶことができるが、そのようなプログラムがないところや少ないところではあらゆるケースに必要な心理的支援を提供する必要がある。作業内容については、各職業に共通した業務内容や行為をカテゴリ分けして小プログラムを構成し、プログラム毎に達成度を評価していくことであらゆる職業の者に対してスモールステップの支援ができる可能性がある

あると思われる。

##### (2) 事業場側の制度との関連

労働者が現職に復帰できるかどうかは、事業場側が定めている長期休業に関する制度とも関わる問題である。休職期間が十分に設けられていればそれだけ疾患の回復に時間もとれ、復職への準備を進めることができるが、そうでない事業場の場合はそれだけ復職可能性が低くなるであろう。また、勤務継続が可能かどうかについては、長期休業から復帰した労働者への健康管理上の配慮の程度に関わってくる。試し出勤・慣らし出勤・短時間勤務などの制度を用意している事業場であれば労働者もソフトランディングができ、長期の勤務継続が可能になると思われるが、事業場によってはいきなりフルタイムでの勤務を求めるところがあるため、指定された休職期間内で十分な回復ができないまま勤務に復帰するとそれだけ体調を崩して再度休業に入る可能性も高くなってしまふであろう。このような休暇・金銭面での制度の有無は、労働者の職場復帰支援の目標を定めるにあたり重要な情報なので、本人の憶測によってではなく、本人の所属する組織の人事・あるいは厚生担当者に確認の上で正確な情報をつかむよう支援を行う必要がある。本人がためらう場合には休業の際に提出しているであろう診断書を作成した主治医側から事業場にコンタクトを取ってもらい情報を確認する方法もあると思われる。

##### (3) 復職後のフォローアップについて

今回紹介した職業リハビリテーションなどのプログラムの多くは復職を達成するまでに実施されるものであった。それらが目指ところは復職後の精神疾患の再発予防であり、

そのための心理教育的な側面も盛り込まれてはいるが、実際に職場に復帰した後に予測していなかった様々なストレスを受けることになる労働者の中には再度休業に入るものも少なくない。

このような状況において、復職後のフォローアップの必要性も指摘され始めている。例えば高瀬（2005）では、プログラム参加者を対象として「修了者の集い」を開催したり、webやe-mailを活用したフォローアップを実施している。また、プログラム自体の開催を夕方の遅い時間に設定することで、既に職場復帰を果たした者でも参加できる形態をとっている所もある（辻，2006）。個別対応としてはキャリアカウンセリングにより実施可能と思われる。

## 5. 職場復帰のために必要な心理的支援の要素

先行研究により得られた知見に基づき、労働者に提供されるべき支援の内容と、セラピストが果たすべき役割の2点について以下に述べることとする。

### (1) 支援の内容

#### ①ライン・事業場内産業保健スタッフとの連絡調整支援

まず、労働者に対してどのような休業制度があるのか、どの位までの期間まで社員の身分を保持したまま休業できるのか、その際に給料や傷病手当金などによる収入はいつ位までいくら位が保証されるのか、など休業制度についての見通しを持つことが重要であるため、職場関係者との連絡が必要となる。この情報が不確かなまま無用の不安にさいなまれることは職場復帰への取り組みにもマイナ

スの影響を与えることになるであろう。

#### ②早期の治療導入と薬物療法における心理教育

多くの精神疾患において早期の薬物療法の導入と正しい服薬継続が必要である。初期の心理面接の目標は医療への橋渡しや正しい服薬継続であることが多い。服薬における不安や疑念などを受け止め、労働者が服薬を継続してゆくための心理的支援が必須であると思われる。

#### ③人生のふりかえりとしてのカウンセリング

労働者の復職への意欲にも関連する事であるが、その人その人のめざす方向性をカウンセリングの中で確認してゆくことも重要である。また、復職後における自分の描いていたイメージと現状のズレについても扱う必要があると思われる。

#### ④職業リハビリテーション中の焦りや心の揺れへの支援

前述の通り、うつ病などの精神疾患は小さな上下の波を繰り返しながら回復に向かってゆくが、往々にして小さな落ち込みを経験する度に不安や絶望感を覚えることが多い。特に職業リハビリテーション等のプログラム参加によって負荷が加わるため、その中での症状の悪化や疲労の増加を本人が受け止め、回復に向かってゆけるような心理的支援が必要である。適切な職業リハビリテーションを実施できる所がなければ、独自に開発する必要も出てくるであろう。

#### ⑤心理療法

症状回復途上または職場復帰間際においては、本人の物事への受け止め方など、個人特性が職場復帰や勤務継続に多大な影響を与える。本稿にて実施を確認できた集団精神療法

では、自己洞察を目指したものの他には主に認知の修正に焦点が当てられている。だが職場における出来事がトラウマになっている場合等には他の個人心理療法の適用も検討すべきであろう。セラピスト自身が複数の心理療法スキルに熟達しているか、より適切な相談機関へ紹介することも必要である。

## (2) セラピストが果たすべき役割

### ① コンサルテーション機能

心理的支援を実施する際には、本人と関わりのある主治医・医療スタッフなどの医療関係者、上司や人事担当者・産業保健スタッフなどの職場関係者、そして家族との連携が不可欠である。そして労働者の現状において必要な支援内容をリストアップし、随時提供していくことが必要である。そのためには労働者の不安・焦りの解消や洞察を目的とする心理療法的対応のみならず、関係各所に対するコンサルテーション能力が求められる。また、職場復帰のためのプログラムへは早期に参加することが望ましいとの見解がある程度共通している（うつ・気分障害協会，2004；溝口他，2006）。特に、休職に入って2年目が復職と退職の別れ目との指摘もある（溝口他，2006）。既存の職場復帰準備性評価シート（秋山，2006）などを活用しつつ利用者の復帰段階を把握し、身近で職場復帰支援を受けるところができる機関についての適切な情報を早期に労働者に伝え、参加を促してゆくコーディネーター的な役割を担う必要がある。

### ② 実態調査

現状では、全ての地域において上記のような職場復帰への支援が等しく受けられる状態になっているかどうかを確認する必要がある。

実態調査などを踏まえて、実施機関のリストを作成することで、利用者に適切な情報を提供することができる。

### ③ プログラムの組み立て

長期休業者からの相談を受けた段階で、身近な所で実施機関が無い場合には労働者個々の状況に応じたプログラムを組み立てる必要も出てくるであろう。既存の医療機関において外来作業療法あるいはデイケアを実施している所の協力を得ることが出来るならば、実現可能性はより広がるものと思われる。

## 6. おわりに

本稿で焦点を当てた職場復帰への支援は第三次予防（Caplan, 1964）に相当する部分である。労働者のQOLの向上のためには、言うまでもなく第一次予防（発生予防）、第二次予防（早期発見・早期治療）も重要であるが、この部分では事業場内で労働者のメンタルヘルス対策がより進められる必要がある。更に、第一次～第三次予防の全ての段階において、労働者に適切な相談機関についての情報が提供される必要がある。

本稿では事業場外資源の必要な対策システムを構築するための基礎的情報の収集の一環として、既存の文献による活動の現状把握を試みた。今後はコミュニティにおけるニーズ把握を行った上で現状に合わせた支援策を検討する必要があると思われる。

※本研究の一部は北方圏学術情報センター研究費（H18年度）の助成を得て実施された。

## 文献

秋山剛（2006）．職場復帰支援の課題．精神

- 科臨床サービス, 6(1), 12-18.
- 秋山剛・岡崎渉・大塚太・沼初枝・酒井佳永・松本聡子・小山明日香・田島美幸・音羽健司 (2004). 総合病院における職場復帰援助プログラム. 島悟 (編) 現代のエスプリ別冊: こころの病からの職場復帰. 至文堂, 208-217.
- Bridges, W. (1980) Transitions: Making sense of life's change. Addison-Wesley. (倉光修・小林哲郎訳, 1994, トランジション: 人生の転機. 創元社)
- Caplan, G. (1964). Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books. (新福尚武 (監訳), 1970, 予防精神医学. 朝倉書店)
- 中央労働災害防止協会 (2005). 心の健康: 職場復帰支援手引き. 中央労働災害防止協会.
- 畑中純子 (2005). 職場復帰後の支援. 日本産業精神保健学会 (編), メンタルヘルスと職場復帰支援ガイドブック. 中山書店, 65-73.
- 廣尚典 (2005). 職場復帰支援の重要性. 日本産業精神保健学会 (編), メンタルヘルスと職場復帰支援ガイドブック. 中山書店, 2-13.
- 小泉典章 (2004). 精神保健福祉センターにおける取り組み. 島悟 (編) 現代のエスプリ別冊: こころの病からの職場復帰. 至文堂, 258-268.
- 小山明日香・田島美幸・秋山剛 (2005). 職場におけるメンタルヘルスと職場復帰援助プログラム. カレントセラピー, 23, 54-57.
- 五十嵐良雄 (2006). 医療機関最前線のメンタルクリニックの復職支援に果たす役割. 精神科臨床サービス, 6(1), 65-70.
- 井上麻紀・鈴木求実子・大久保美和子 (2005). 休業中の教師に対する職場復帰トレーニング: 教師に対する専門的な職場復帰支援の試み. 日本心理臨床学会第24回発表論文集, 215.
- Kübler-Ross, E. (1969). On death and dying. New York: Macmillan. (鈴木晶訳, 1998, 死ぬ瞬間: 死とその過程について (完全新訳改定版). 読売新聞社)
- 三根芳明 (2004). ストレスケア病棟と職場復帰. 島悟 (編) 現代のエスプリ別冊: こころの病からの職場復帰. 至文堂, 229-238.
- 溝口るり子・中島一憲・森豊・間金薫子 (2002). 公立学校教職員に対するメンタルヘルス活動について: 医療機関における職場復帰訓練を中心に. 日本心理臨床学会第21回大会発表論文集, 303.
- 溝口るり子・中島一憲・森豊・間金薫子 (2003). 医療機関における教員の職場復帰訓練について: その現状と効果評価の試み. 学校メンタルヘルス, 5, 85-91.
- 溝口るり子・中島一憲・森豊・間金薫子 (2004). 公立学校教職員に対するメンタルヘルス活動について: 医療機関における職場復帰訓練を中心に2. 日本心理臨床学会第23回大会発表論文集, 115.
- 溝口るり子・中島一憲・福山渉・間金薫子 (2006). 医療機関における職場復帰訓練について (3): 休職中の教職員に対する効果的な復職支援とは. 日本心理臨床学会第25回大会発表論文集, 199.
- 森田哲也 (2004). 休職者への産業保健から

- の支援. 島悟 (編) 現代のエスプリ別冊: ころの病からの職場復帰. 至文堂, 134-141.
- 中島一憲 (2004). 教員の復職支援システム. 島悟 (編) 現代のエスプリ別冊: ころの病からの職場復帰. 至文堂, 198-207.
- 大庭さよ (2004). 休職者への心理的援助: キャリアカウンセリング. 島悟 (編) 現代のエスプリ別冊: ころの病からの職場復帰. 至文堂, 122-133.
- 岡崎渉・秋山剛・田島美幸 (2006). 総合病院における復職に向けたリハビリテーション. 精神科臨床サービス, 6(1), 60-64.
- 音羽健司・秋山剛 (2004). うつ病による勤労者の障害と職場復帰援助. 精神科臨床サービス, 4(3), 320-326.
- 佐藤恵美 (2004). クリニックにおける復職支援の取り組み. 島悟 (編) 現代のエスプリ別冊: ころの病からの職場復帰. 至文堂, 218-228.
- 佐藤恵美 (2006). うつ病を抱える人のキャリアカウンセリング. 職リハネットワーク, 58, 20-24.
- 島悟・佐藤恵美 (2004). 精神障害による疾病休業に関する調査. 産業精神保健, 12(1), 51-54.
- 菅原誠・大滝京子・坂井俊之・野津眞 (2006). 精神保健福祉センターにおけるうつ病復職支援デイケア. 精神科臨床サービス, 6, 54-59.
- 社会経済生産性本部 (2006) 「産業人メンタルヘルス白書 (2006年版)」.
- 高瀬健一 (2004). 公的職業リハビリテーション施設における取り組み. 島悟 (編) 現代のエスプリ別冊: ころの病からの職場復帰. 至文堂, 248-257.
- 高瀬健一 (2005). リワークプログラム. 日本産業精神保健学会 (編), メンタルヘルスと職場復帰支援ガイドブック. 中山書店, 212-219.
- 田島美幸・音羽健司・沼初枝・松本聡子・小山明日香・酒井佳永・小坂守孝・上倉安代・中村聡美・秋山剛 (2005). 職場復帰援助のための集団認知療法. 第4回日本認知療法学会プログラム・抄録集, 97.
- 東京障害者職業センター (2006). 東京障害者職業センターのリワーク支援の取り組みについて: 体調等の自己管理を促す支援技法を中心に. 職リハネットワーク, 58, 29-33.
- 辻松雄 (2006). 長引くうつ病へのグループによる認知行動療法. 第6回日本認知療法学会プログラム・抄録集, 109.
- うつ・気分障害協会 (2004). 「うつ」からの社会復帰ガイド. 岩波アクティブ新書.
- 渡辺三枝子 (2005). キャリア・カウンセリング. 日本産業精神保健学会 (編), メンタルヘルスと職場復帰支援ガイドブック. 中山書店, 201-211.
- 山口律子 (2004) 民間団体における取り組み: うつ病サラリーマンのための復職支援プログラム. 島悟 (編) 現代のエスプリ別冊: ころの病からの職場復帰. 至文堂, 283-291.
- 山口律子 (2006) うつ病サラリーマンのための復職支援プログラム: Back To Work キャリアサポートセミナー. 精神科臨床サービス, 6(1), 71-74.

A review of psychological support for workers to return to their workplaces from long-time absence by psychiatry disease.

Moritaka KOSAKA

## ABSTRACT

In recent years, many workers who had psychiatric disease and absent from their workplaces for long time has difficulty to return because many workplaces cannot afford to make post-absentee restart to work according to their severe management situations.

Many hospitals, public mental health centers, or non-profit organizations, started their trial for workers to return to their workplaces easier by establishing rehabilitation programs from late 1990's.

This paper overview their attempt including some psychological approach especially cognitive group therapy, and career counseling, to summarize essence of psychological support for workers.

Some points of rehabilitation programs, type of organization, years to start program, disease available, conditions for attendant, staff members, time unit, limits, contents of program (about occupational rehabilitation, psychotherapeutic contents, and other issues), steps of rehabilitation, effects, and process of career counseling are discussed.

Conditions for attending to program and its contents, information about systems in workplaces on absentee, and follow-up after returning to workplace are important points for further psychological support for absentees.

Essential functions on psychological support for absentees are indicated as (1) contents of support (communication with staffs in workplaces, psycho-education, counseling for life rearrangement, supporting on occupational rehabilitation, psychotherapy) and (2) role of therapist (consultation and coordination, make attending program earlier, survey on situation about rehabilitation facilities, organizing programs).

**Key words :** long-time absentee, psychiatry disease, occupational rehabilitation, cognitive group therapy, returning to workplace